

சேவைகளுக்கான ஒப்புதல்

| | | |
|---|--|------|
| விண்ணப்பதாரரின் பெயர் | ACES வாடிக்கையாளர் அடையாள எண் | |
| <p>வீடு மற்றும் சமூக அடிப்படையிலான சேவை திட்டங்கள் நிறுவன சேவைகளுக்கு பதிலாக சமூகத்தில் Medicaid சேவைகளை பெற தகுதியான நபர்களுக்கு வாய்ப்பை வழங்குகிறது.</p> <p>வீடு மற்றும் சமூக அடிப்படையிலான சேவை திட்டங்கள்:</p> <ul style="list-style-type: none"> Community First Choice (சமூக முதன்மை தெரிந்தெடுப்பு, CFC) COPEs விலக்கு Residential Support Waiver (குடியிருப்பு ஆதரவு விலக்கு, RSW) New Freedom (புது சுதந்திர) விலக்கு Medicaid Alternative Care (Medicaid மாற்று சிகிச்சை, MAC) <p>நர்சிங் ஹோம் சிகிச்சைக்குப் பதிலாக வீடு மற்றும் சமூக அடிப்படையிலான திட்டத்தின் கீழ் சேவைகளைப் பெற நான் தேர்வு செய்கிறேன்.</p> | | |
| வாடிக்கையாளரின் கையொப்பம் | தேதி | |
| பிரதிநிதியின் கையொப்பம் | <input type="checkbox"/> காப்பாளர் <input type="checkbox"/> பிரதிநிதி | தேதி |
| சமூக பணியாளர்/வழக்கு மேலாளரின் கையொப்பம் | தேதி | |
| ஏஜென்சி | தொலைபேசி எண் (பகுதிக் குறியீட்டைச் சேர்க்கவும்) | |
| <p>நிர்வாக விசாரணைக்கான உங்கள் உரிமைகள் கீழே உள்ளன:</p> <p>உங்களுக்கு வீடு மற்றும் சமூக அடிப்படையிலான சேவைகள் மறுக்கப்பட்டால், நிர்வாக விசாரணையைக் கோர உங்களுக்கு உரிமை உள்ளது. விசாரணையை கோருவதற்கு சேவைகள் மறுக்கப்படும் தேதியிலிருந்து 90 நாட்கள் உள்ளன. உங்கள் உள்ளூர் Home and Community Services Division (வீடு மற்றும் சமூக சேவைகள் பிரிவு) அலுவலகம், Area Agency on Aging (முதுமை தொடர்பான உள்ளூர் பகுதி ஏஜென்சி)-க்கு எழுதுவதன் மூலம் அல்லது பின்வரும் முகவரிக்கு எழுதுவதன் மூலம் நிர்வாக விசாரணையை நீங்கள் கோரலாம்:</p> <p>OFFICE OF ADMINISTRATIVE HEARINGS, MAIL STOP: 42489, DEPARTMENT OF SOCIAL AND HEALTH SERVICES, PO BOX 42489, OLYMPIA WA 98504-2489.</p> | | |